



## MODULO PER LA RILEVAZIONE DELLA CONCUSSION SECONDO PROTOCOLLO “RICONOSCI E RIUMUOVI”

### Sezione 1 - DATI EVENTO (da compilare a cura del direttore di gara)

DATA EVENTO \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_  
SQ1 \_\_\_\_\_ SQ2 \_\_\_\_\_  
TEMPO DI GIOCO INF.   MINUTO DI GIOCO INF. \_\_\_\_\_

### Sezione 2 - DATI GIOCATORE (da compilare a cura del Dirigente accompagnatore della squadra interessata all'infortunio)

Con la compilazione del presente modulo il medico di campo incaricato, di cui si riportano le generalità in seguito, dichiara che il giocatore/giocatrice:

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_  
TESSERA FIR \_\_\_\_\_  
SQUADRA \_\_\_\_\_ CODICE FIR \_\_\_\_\_

Ha riportato un trauma cranico con evidenze di sintomi di commozione cerebrale secondo i criteri indicati da World Rugby e definiti secondo i parametri del protocollo “**RICONOSCI E RIMUOVI**”, per il quale sarà sospeso cautelativamente dall'attività sportiva. Viene richiesto al Medico di Campo incaricato di fornire le seguenti evidenze:

### Sezione 3 - VALUTAZIONE CLINICA DELL'INFORTUNIO (da compilare a cura del Medico di Campo)

Il giocatore/giocatrice manifesta uno o più dei seguenti sintomi (BARRARE LE CASELLE)

	SI	NO
<b>PERDITA DI COSCIENZA</b>		
<b>ATASSIA</b> (giocatore incapace di sollevarsi da terra, stare in piedi o camminare senza sostegno)		
<b>DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE</b>		
<b>CONTRAZIONI TETANICHE</b>		
<b>CONVULSIONI POSTRAUMATICHE</b>		

Segue



**Sezione 3 - VALUTAZIONE CLINICA DELL'INFORTUNIO** (da compilare a cura del Medico di Campo)

Sintetica descrizione degli eventi e valutazione clinica – **SCRIVERE SOLO IN STAMPATELLO**

**Sezione 4 - FIRME E CONTATTI**

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico di Campo

E-mail \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Dirigente Accompagnatore

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Arbitro